बीमा कंपनियों द्वारा चिकित्सा दावों (मेडीक्लेम) का भुगतान न किया जाना

304. श्री कलराज मिश्र: क्या वित्त मंत्री यह बताने की कृपा करेंगे कि:

(क) क्या सरकार को स्वास्थ्य से जुड़ी बीमा कंपनियों द्वारा चिकित्सा दावों (मेडीक्लेम) के भुगतान न किये जाने के संबंध में शिकायतें प्राप्त हुई हैं;

(ख) यदि हां, तो सरकार द्वारा इस संबंध में क्या कदम उठाए जा रहे हैं; और

(ग) क्या कुछ कंपनियों ने इसमें सुधार के लिए कुछ सुझाव दिए हैं?

वित्त मंत्री (श्री पी॰ चिदम्बरम): (क) से (ग) एक विवरण सभा पटल पर रख दिया गया है।

विवरण

(क) जी, हां। साधारण बीमा कंपनियों द्वारा चिकित्सा दावों का भुगतान न करने के संबंध में सरकार को शिकायतें प्राप्त हुई हैं।

(ख) और (ग) बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण (आईआरडीए) को एक स्वतंत्र नियामक (रेग्यूलेटर) के रूप में स्थापित किया गया है। अन्य बातों के साथ-साथ, इसके उद्देश्यों में यह पालिसीधारकों के हितों की रक्षा करना है। आईआरडीए ने बीमा और विकास प्राधिकरण (पालिसी धारकों के हितों की रक्षा) विनियमन, 2002 को अधिसूचित किया है। ये विनियम बीमाकर्ताओं और पालिसीधारकों से संबंधित बिक्री और दावे दोनों के समय बीमा संविदा से संबंधित कर्तव्यों और दायित्वों को निर्धारित करते हैं और बीमा कंपनियों में इन हाऊस शिकायत निवारण स्थापित किए गए हैं। इन विनियमों के अनुसरण में, कंपनियों ने अपने इन-हाऊस शिकायत निवारण तंत्र स्थापित किए हैं, जिन्हें उनके द्वारा प्राप्त प्रतिपुष्टि (फिड-बैक) के आधार पर सुधारा जाता है। इसके अलावा, दावों के निपटान से संबंधित शिकायतों के लिए, पालिसीधारक सरकार, बीमा ओम्बड्समैन, आईआरडीए शिकायत कक्ष, उपभोक्ता मंच और न्यायालयों तक भी अपनी पहुंच बनाते हैं । सरकार इस प्रकार की प्राप्त शिकायतों को निवारण के लिए बीमा कंपनियों/ओम्बड्समैन के पास भेजती है।

Non-payment of mediclaim by insurance companies

†*304. SHRI KALRAJ MISHRA: Will the Minister of FINANCE be pleased to state:

(a) whether Government have received complaints regarding non-payment of mediclaim by the health insurance companies;

†Original notice of the question was received in Hindi.

(b) if so, the steps being taken by Government in this regard; and

(c) whether some companies have given suggestions for its improvement?

THE MINISTER OF FINANCE (SHRI P. CHIDAMBARAM) (a): to (c) A statement is laid on the Table of the House.

Statement

(a) Yes, Sir. Government have received complaints regarding non-payment of mediclaim by the General Insurance Companies.

(b) and (c) The Insurance Regulatory and Development Authority (IRDA) has been established as an independent regulator. Its objective *inter alia*, is to protect the interest of the policyholders. IRDA has notified the Insurance and Development Authority (Protection of Policyholders, Interest) Regulations, 2002. These Regulations stipulate the duties and obligations of the insurers and policyholders in respect of an insurance contract, both at the point of sale and in the event of a claim, and setting up of in-house grievance redressal mechanism in the insurance companies. In pursuance of these regulations, the companies have set up in-house grievance redressal mechanisms, which are refined from time to time on the basis of feedback received by them. In addition to this, for grievances relating to settlement of claims, policyholders also approach the Government, insurance Ombudsmen, IRDA Grievance Cell, Consumer Fora and the courts. Government on receipt of such grievances sends them to insurance companies/Ombudsmen for redressal.

श्री कलराज मिश्र: सभापति महोदय, माननीय मंत्री जी का जो उत्तर है, मैंने जो प्रश्न पूछा है, उसका एक सैद्धांतिक उत्तर तो आ गया है लेकिन जो तथ्यात्मक स्थिति है, उसका अभाव है। इसमें इन्होंने यह कहा है कि ''दावों के निपटान से सम्बन्धित शिकायतों के लिए पॉलिसी धारक सरकार, बीमा ओम्बड्समैन, आईआरडीए शिकायत कक्ष, उपभोक्ता मंच और न्यायालयों तक भी अपनी पहुंच बनाते हैं। सरकार इस प्रकार प्राप्त शिकायतों को निवारण के लिए बीमा कंपनियों/ओम्बड्समैन के पास भेज देती है।''

मान्यवर, जब बीमा कंपनियां उसका निवारण नहीं करती हैं, तो सरकार को ध्यान देना अपेक्षित है और, मान्यवर, इस संबंध में कोर्ट ने भी एक फैसला किया है कि बीमा कंपनियों के लिए जो बाध्यता निर्मित की गई है, उनका भुगतान होना चाहिए। मैं माननीय मंत्री जी से जानना चाहूंगा कि चिकित्सा दावों के भुगतान से पहले और बाद में कंपनी पॉलिसी का नवीनीकरण नहीं कर रही है, जबकि कोर्ट ने यह बताया था कि उसका नवीनीकरण करने के लिए कंपनी बाध्य होगी तो ऐसी स्थिति में उन कंपनियों के प्रति सरकार क्या निर्देश देती है, क्या प्लानिंग अख्तियार करती है?

SHRI P. CHIDAMBARAM: Sir, the total complaints received by or against non-life companies by the ombudsmen is a small proportion of the total claims which are received and which are settled, I think, one has to look at it in perspective. For example, in 2004-05, in respect of medi-claim policies, that is, medical insurance policies, the number of claims received by the four public sector companies by people who had paid for medical treatment and, therefore, claiming insurance benefit, was 6,62,815 received in that year. The number of claims settled — current claims as well as claims made in the earlier years-was 6,73,661. Therefore, the bulk of the claims are usually settled. A complaint arises, Sir, when a claim is not settled; when the insurance company's answer is disputed by the insurer. That is when it becomes a complaint. The complaints are, as I said, a small number. For example, in 2003-04, the ombudsmen received, in all non-life claims against the four public sector insurance companies only 5707 complaints; out of which, 3528 have been disposed of. Disposal ratio is about 61 per cent. There are three levels of complaints redressal—one at the company level, one at the ombudsmen level and the last, at the IRDA level. Hon Member is right that Government also received some complaints.But the Government cannot become another level of complaints redressal. So, what we do is that, we forward the complaint, either to the IRDA's Complaint Redressal Cell or to the Ombudsman. They take over the complaints and redress these complaints. I think, the complaints are small in number, and they are being handled. But, I think, we need to have proper documentation of the complaints. I have given instructions about how each complaints should have a unique identification number. We hope to put that in place in the next few weeks. But I think, the existing complaint redressal machinery is working reasonably satisfactorily. If any suggestions are made to improve the machinery, I shall be very happy to look into those suggestions.

श्री कलराज मिश्र: मान्यवर, माननीय मंत्री जी ने यह तो बताया कि कितने दावे हैं और कितने लम्बित हैं तथा उनके बारे में और भी कुछ बताया। लेकिन मैंने एक स्पेसिफिक सवाल पूछा था कि कम्पनी जब पॉलिसी लेती है तो एक वर्ष के लिए लेती है और अगर एक वर्ष के अंदर किसी ने अपनी दवाई कराई और कोई गंभीर बीमारी हो गई तो साल भर तो बीमारी ठीक करने और दवाई कराने में लग जाता है, लेकिन कम्पनी बाद में उनका रिन्यूल नहीं करती और रिन्यूल नहीं करने के कारण उनका भुगतान नहीं हो पाता है। इसी आधार पर कोई कर्मचारी कोर्ट में गया था और कोर्ट ने यह निर्णय लिया कि पॉलिसी के रिन्यूअल की बाध्यता है। तो इस संबंध

में सरकार ने उनको क्या निर्देश दिए, यह मैं जानना चाहता था? साथ ही साथ, मान्यवर, मैं यह भी जानना चाहता हूं कि बीमा सम्बन्धित दावों के भुगतान की क्या कोई समय-सीमा निश्चित है और अगर ऐसा है तो इस संबंध में भी बताएं? साथ ही साथ जैसे शहरी क्षेत्रों में पॉलिसी चिकित्सा बीमा की होती है उसी प्रकार से क्या ग्रामीण क्षेत्रों में बीमा की पॉलिसी तय करने की दृष्टि से भी निर्देशित करेंगे?

SHRI P. CHIDAMBARAM: Sir, as long as the premium is paid regularly the Medical Claim Insurance Policy cannot be refused to be renewed. It has to be renewed. There were of course, a few instances where, on the eve of expiry of the policy, huge claims were made, and they were disputed by the insurance company concerned. Some of these cases have gone of courts, and courts have laid down some guidelines to decide whether the claims are fraudulent claims, and why, as a routine, just because huge claims come on the eve of expiry of the policy, a company cannot refuse to renew the policy. Instructions have been issued. As a matter of course a company cannot refuse to renew a policy. But if a claim is a fraudulent claim, just on the the eve of expiry of the policy, then obviously, the hon. Members will agree that such a claim has to be investigated before the claim is settled. So far as the rural people are concerned, the hon. Members are aware that, following the Budget speech, we have re-designed the Subsidized Universal Health Insurance Scheme. That is a subsidized scheme, and under that scheme today, a number of policies have been issued up to the 30th of June, 2005, and under the re-designed SUHIS, so far, 30,664 policies have been issued, covering 33,994 families and 1,19,299 persons. This scheme has just taken off, and hopefully, this scheme will attract great response. This scheme is really designed for the BPL families.

श्री मूल चन्द मीणा: सर, मैं आपके माध्यम से जानना चाहूंगा कि स्वास्थ्य से जुड़ी हुई बीमा कम्पनियों और व्हीकल से जुड़ी हुई बीमा कम्पनियों में अगर कोई क्लेम लेने के लिए जाता है तो वहां बहुत करप्शन है, तो मंत्री महोदय, इस करप्शन को रोकने के लिए क्या सरकार कोई ऐसा कदम उठा रही है जिससे कि करप्शन नहीं हो और समय पर क्लेम मिल जाए?

MR. CHAIRMAN: Is there any corruption?

SHRI P. CHIDAMBARAM: Obviously, there will be some delinquents. There delinquencies have to be addressed by the management of the company. We do not micro-manage these companies. Our instructions are clear. Corruption should be put down with a firm hand.

डा॰ कुमकुम राय: सभापति महोदय, मैं आपके माध्यम से मंत्री जी यह जानना चाहती हूं कि आज विज्ञान ने चिकित्सा के क्षेत्र में काफी उन्नति की है। तो जो बीमा कराया जाता है, मेडिक्लेम के लिए जो लोग दावे करते हैं. उनमें हृदय रोग और कैंसर के अतिरिक्त और जो विभिन्न घातक बीमारियां हैं, क्या उन्हें शामिल किया गया है? यदि हां, तो वे कौन-कौन सी बीमारियां हैं? दूसरा, जो हृदय रोग का इलाज होता है, एक होता है ओपन हार्ट सर्जरी और दूसरा होता है एंजिओप्लास्टी करके किया जाता है। बीमा कम्पनी वाले ओपन हार्ट सर्जरी करने के बाद तो दावे का भुगतान करते हैं लेकिन एंजियोप्लास्टी के द्वारा जो हृदय रोग का इलाज कराया जाता है, उसका भुगतान वे नहीं करते हैं। मैं आपसे यह जानना चाहती हूं कि क्या इन दोनों विधियों को समान रूप से दावे के भुगतान के लायक माना जाएगा?

MR. CHAIRMAN: It is very difficult to answer.

डा॰ कुमकुम राय: इनका खर्चा करीब-करीब समान है।

SHRI P. CHIDAMBARAM: Sir, according to information with me, there are a number of exclusions under the current mediclaim policies. During the first year of operation of insurance cover, the expenses on treatment of diseases such as cataract, benign prostratic hypostrophy hysterectomy for menorrhagia or fibromyomia, hernia, hydrocil, congenital internal diseases, fistula in anus, piles, sinusitis and related disorders are not payable. If these diseases are pre-existing at the time of the proposal, they will not be covered during subsequent renewals. Expenses incurred primarily for diagnostic examinations, not consistent with or incidental to diagnosis and treatment or positive existence of presence of any ailment are not payable. So far as Cancer is concerned, New India Insurance Company is offering a separate Cancer Insurance Policy. AIDS is not covered. I cannot answer now because I do not have the information about angioplasty. But the information available to me makes no reference to angioplasty. I will find out the correct answer and give it to the hon. Member.

श्री मुख्तार अब्बास नकवी: सभापति महोदय, इंश्योरेंस स्कीम के बारे में माननीय मंत्री जी ने कहा। वास्तव में जब व्यक्ति बीमार होता है, अपना इलाज कराता है तथा इलाज करने के बाद ठीक हो जाता है। उसके बाद इंश्योरेंस के भुगतान के लिए इंश्योरेंस कम्पनीज़ के पास जाता रहता है, वहां वह इतना समय जाता है, इतनी बार उसे वहां जाना पड़ता है, इतनी बार चप्पलें तोड़नी पड़ती हैं कि वह व्यक्ति दुबारा बीमार हो जाता है लेकिन उसको इंश्योरेंस क्लेम नहीं मिलता। मैं माननीय मंत्री जी से पूछना चाहूंगा ...(व्यवधान)...

श्री सभापति: वह कौन सी बीमारी है, चप्पल तोड़?

श्री मुख्तार अब्बास नकवी: सभापति महोदय, छोटी या बड़ी बीमारी हो, व्यक्ति ठीक हो जाएगा, लेकिन उसके बाद क्लेम के लिए इतना दौड़ेगा कि फिर बीमार हो जाएगा। मेरा माननीय मंत्री जी से सवाल है कि क्या इंश्योरेंस कम्पनीज़ के लिए ऐसा कोई सिंगल विंडो सिस्टम किया जा रहा है कि जो लोग क्लेम करते हैं, जो बीमार होने के बाद ठीक होते हैं या बीमारी का क्लेम करते हैं, उनको भुगतान की सुचारू ढंग से व्यवस्था हो सके।

MR. CHAIRMAN: Is there any time limit for the disposal of cases?

SHRI P. CHIDAMBARAM: Sir, what the hon. Member says is a general perception. I do not think that it is correct because the claims settled to the premium received ratio exceed hundred per cent. So far as Mediclaim is concerned, in 2004-2005, for each one of the four public sector companies, it is a loss-making business. But that does not mean that they will not continue.

SHRI MUKHTAR ABBAS NAQVI: Sir, the ground reality is different from the paper reality. ...*(Interruptions)*...

SHRI P. CHIDAMBARAM: Just a moment ...*(Interruptions)*... Please listen to me. That does not mean that they will not continue the business. They will continue the business; they will offer insurance cover. As I gave the answer to hon. Member Kalraj Mishraji, most claims are settled. In fact, the number of claims settled is very, very large. The number of complaints as a proportion of claims made and settled is very, very small. But I take your suggestion that the system can be improved. Who can deny that it can be improved? There is another system now, the system of Third Party Administrators. That is cashless service. Of course, it costs a little more. If you do not want to spend your money, you do not want to pay money upfront to the hospital and claim reimbursement, you can go through the TPA route. The TPA will cost money and most insured do not want to go through the TPA route. But I take your suggestion that, like every system can be improved, this system can also be improved.